

## Formato de Evaluación

Gracias por tomar el tiempo para completar esta breve encuesta. Todas las respuestas son anónimas. La información recopilada de esta encuesta nos ayudará a mejorar los servicios y apoyos para los supervivientes de lesión traumática cerebral (TBI, en inglés). **Usted también puede completar esta encuesta en línea en:**

[www.surveymonkey.com/tbiproductsurvey](http://www.surveymonkey.com/tbiproductsurvey)

1. **Por favor identifique el producto que recibió:** Estuche de herramientas de lesión traumática cerebral (TBI) para la niñez temprana.

2. **¿Cómo calificaría usted la calidad/utilidad del producto?**

Baja  Moderada  Alta

3. **¿Si ordenó este producto, cuál fue la puntualidad con la que usted recibió el producto?**

Lenta en llegar  A tiempo  Muy rápida

4. **¿Cómo se describiría a sí mismo? (Escriba todos los que correspondan)**

Joven con TBI  Miembro de familia  Educador/Personal escolar  
 Profesional de rehabilitación  Minoría con TBI  Trabajador social/ Manejador de casos  
 Adulto con TBI  Otro (Por favor describa) \_\_\_\_\_

5. **¿Cómo utilizará este producto? (Escriba todos los que correspondan)**

Incrementar el conocimiento personal acerca de TBI  
 Discutir con mi doctor/otro profesional de cuidados de la salud  
 Localizar recursos  
 Compartir con otras organizaciones  
 Educar a otros  
 Otro: \_\_\_\_\_

6. **¿Cómo podría mejorarse el producto?**

\_\_\_\_\_

7. **¿Cuáles otros servicios, apoyos o información necesita con respecto a (TBI)?**

\_\_\_\_\_

8. **Por favor anote su código postal** \_\_\_\_\_

9. **Género:**  Masculino  Femenino

10. **Raza/ Etnicidad (opcional)**  Blanco no-hispano  Negro no-hispano  Hispano  
 Nativo Americano  Asiático  Isleño del Pacífico  Otro

11. **¿Podemos contactarlo para discutir más ampliamente sus necesidades de servicios, apoyos o información?**

Sí  No

**Si su respuesta es Sí, por favor proporcione sus datos.**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_